



**You have downloaded a document from**  
**RE-BUŚ**  
**repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Biopsychospołeczne aspekty cyklicznej zmienności w obszarze realizowania przez kobiety funkcji prokreacyjnych na przykładzie zespołu napięcia przedmiesiączkowego

**Author:** Marianna Dąbrowska-Wnuk

**Citation style:** Dąbrowska-Wnuk Marianna. (2014). Biopsychospołeczne aspekty cyklicznej zmienności w obszarze realizowania przez kobiety funkcji prokreacyjnych na przykładzie zespołu napięcia przedmiesiączkowego. W: A. Dworak, K. Leksy (red.), "Kobieta - zdrowie - ciało : perspektywa biopsychospołeczna" (S. 53-72). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Uznanie autorstwa - Użycie niekomercyjne - Bez utworów zależnych Polska - Licencja ta zezwala na rozpowszechnianie, przedstawianie i wykonywanie utworu jedynie w celach niekomercyjnych oraz pod warunkiem zachowania go w oryginalnej postaci (nie tworzenia utworów zależnych).



UNIwersYTET ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

# **Biopsychospołeczne aspekty cyklicznej zmienności w obszarze realizowania przez kobiety funkcji prokreacyjnych na przykładzie zespołu napięcia przedmiesiączkowego**

*Marianna Dąbrowska-Wnuk*

Przeświadczenie o zmienności kobiecej natury ma w świadomości społecznej swoje wielowiekowe ugruntowanie. Dowodów dostarczają nie tylko codzienne obserwacje, ale także naukowe eksperymenty. Zagadnienie to inspiruje wielu badaczy ludzkiej psychiki i zachowań (psychologów, biologów, filozofów).

Kobieca zmienność, wiążąca się nieodłącznie z emocjonalnością, nie jest tylko stanem, w którym aktualnie znajduje się kobieta. Można jej bez wątpienia przypisać atrybut cechy świadczącej o tym, że stanowi niemalże immanentny element kobiecej natury. Bernard Shaw, ujmując jej sedno, napisał: „Kobieta w swej zmienności jest stała jak wodospad”<sup>1</sup>. Przypisywane tym samym ludzkiemu zachowaniu cechy, takie jak stałość i zindywidualizowanie, doskonale wpisują się w kobiece reakcje. W zmienności kobiecej natury można paradoksalnie doszukać się dowodu na jej stałość. Jest to bardziej zrozumiałe w sytuacji, gdy uwzględnia się jej cykliczny przebieg. Znajomość kobiecej biologii oraz ściśle z nią powiązanej psychiki i zachowania staje się kluczem do zrozumienia i zaakceptowania kobiecości.

Emocjonalność kobiety najczęściej utożsamiana jest ze zmiennością i dynamiką nastroju. Może ona ewoluować w rozmaitych kombinacjach, w zależności od przeżywanych emocji i poziomu ich wzbudzenia<sup>2</sup>. Zakłada się, że emocjonalność ta jest różna i niezależna od obowiązującego stereotypu kobiecości i współczesnych wymagań życiowych. Ze względu na różnice w fizjologii kobiety i mężczyzny przybiera różną jakościowo postać. Przede wszystkim kobiety silniej niż mężczyźni przeżywają emocje zarówno pozytywne, jak i negatywne, stąd większa zmienność ich nastrojów. Różnica ta w rzeczywistości jest stosunkowo nieduża, choć w odbiorze społecznym jawi się jako większa, ponieważ kobiety bardziej koncentrują się na swoich emocjach, a także ujawniają je wyraźniej w sposób bardziej czytelny dla otoczenia<sup>3</sup>. Przywiązują większą wagę do tego, co

---

<sup>1</sup> B. WOJCISZKE: *Kobieta zmienną jest*. Gdańsk 2009, s. 43.

<sup>2</sup> M. STEINER, K. YONKERS: *Depresja u kobiet*. Gdańsk 1999.

<sup>3</sup> B. WOJCISZKE: *Kobieta zmienną jest...*, s. 43.

wiąże się z życiem osobistym i kontaktami z innymi ludźmi<sup>4</sup>. Wrażenie to potęguje powszechnie uznawany w opinii społecznej stereotyp kobiety jako istoty wrażliwej i uczuciowej, która posługuje się intuicją. Spostrzegając i oceniając rzeczywistość, koncentruje się na szczegółach i często je wyolbrzymia. Sprawia to, że labilna emocjonalnie kobieta doświadcza w krótkim czasie przechodzenia od stanu płaczliwości do radości, możliwe jest też przeżywanie smutku przechodzącego w złość lub euforii w ekstatyczny spokój<sup>5</sup>. Trafnie pointują to Anne Moir i David Jessel, od wielu lat zajmujący się wpływem płci na psychiczny i behawioralny aspekt funkcjonowania człowieka: „Kobiety widzą, słyszą i odczuwają więcej, a to, co widzą, słyszą i odczuwają, więcej dla nich znaczy”<sup>6</sup>. Neurologiczna rzeczywistość kobiety, jak wskazuje Louann Brizendine, jest o wiele mniej stała niż mężczyzny. „Męski mózg można by w tym kontekście porównać do górskiego szczytu, przez tysiąclecia nadkruszonego przez postępujące i cofające się lodowce, zmiany klimatyczne oraz ruchy tektoniczne gdzieś głęboko w skorupie ziemskiej. Mózg kobiety w tym ujęciu byłby jak sama pogoda – wciąż zmienna i nieprzewidywalna”<sup>7</sup>.

Zmienność determinowana jest wieloma czynnikami. Jej źródeł upatruje się powszechnie w przemianach biologicznych, jakim cyklicznie podlega kobiece ciało. Oprócz biologicznych (anatomicznych i fizjologicznych) uwarunkowań należy zwrócić uwagę na uwarunkowania sytuacyjne i osobowościowe, nie zapominając o ścisłych powiązaniach pomiędzy nimi. Zmiany biologiczne pociągają bowiem za sobą zmiany nastroju i związanego z nim samopoczucia, fizycznego jak i psychicznego. Ścisłe powiązania pomiędzy sferą biologicznego i psychospołecznego funkcjonowania widoczne są w każdej z faz życia kobiety, poczynając od narodzin. Od okresu dorastania aż po średnią dorosłość (menopauza) zależności te szczególnie intensywnie wpływają na psychiczny i behawioralny aspekt życia kobiety, wiążąc się nieodłącznie z prokreacją.

Prokreację ujmuje się, w perspektywie rozwojowej, jako dynamicznie zmieniające się zjawisko, na które składają się fazy: nabywania, realizowania i tracenia zdolności prokreacyjnych. Zagadnienia, które w ramach psychologii prokreacji łączy się z nabywaniem zdolności prokreacyjnych, głównie związane są z dojrzewaniem płciowym i miesiączkowaniem<sup>8</sup>. W założeniach przyjętych przez Komisję ds. Depresji Kobiety przy Amerykańskim Towarzystwie Psychologicznym to właśnie menstruacja została sklasyfikowana jako jedno z wydarzeń związanych z prokreacją<sup>9</sup>.

<sup>4</sup> A. MOIR, D. JESSEL: *Płeć mózgu*. Warszawa 1989, s. 141.

<sup>5</sup> M. STEINER, K. YONKERS: *Depresja...*

<sup>6</sup> A. MOIR, D. JESSEL: *Płeć mózgu...*, s. 195.

<sup>7</sup> L. BRIZENDINE: *Mózg kobiety*. Gdańsk 2006, s. 4.

<sup>8</sup> E. BIELAWSKA-BATOROWICZ: *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice 2006, s. 73, 76.

<sup>9</sup> N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie psychiczne*. W: *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice*. Red. B. WOJCISZKE. Gdańsk 2002, s. 330.

Przemiany warunkowane naturalnymi etapami rozwojowymi, wyznaczanymi przez działanie hormonów, Jerzy Samochowiec i współautorzy w artykule *Wpływ genów na kształtowanie się cech osobowości* porównują do biegu lekkoatletki, która, pokonując kolejne przeszkody (płotki), stawia czoło własnemu fizjologicznemu dojrzewaniu: dorastaniu, comiesięcznej menstruacji, ciąży wraz z porodem, menopauzie. I tak jak w biegu może zdarzyć się potknięcie o przeszkodę i bolesny upadek, tak u kobiety doświadczającej przemian hormonalnych mogą ujawniać się różnego rodzaju zaburzenia<sup>10</sup>.

Biorąc pod uwagę psychofizyczne aspekty prokreacji, obok depresji okresu ciąży i porodu, zaburzeń nastroju związanych z menopauzą, wyróżnia się także zespół napięcia przedmiesiączkowego (ZNPM) oraz przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne (PMDD)<sup>11</sup>.

Wyraźny wzrost zainteresowania psychologicznymi aspektami cyklu miesięczkowego, szczególnie problematyką zespołu napięcia przedmiesiączkowego i związanych z nim zmian psychicznych, obserwuje się, zwłaszcza w krajach wysoko rozwiniętych, od końca lat 60. XX wieku<sup>12</sup>. Paul C. MacDonald, Raymond A. Dombroski i M. Linette Casey tłumaczą większe zainteresowanie społeczeństwa zaburzeniami okresu przedmiesiączkowego, odwołując się do zmian modelu diety. Badacze zwracają uwagę, że do niedawna czas w życiu kobiety związany z fizjologicznym okresem *amennorhea* (braku miesiączki), spowodowany wielokrotnymi ciążami i okresami porodu i laktacji, był o wiele dłuższy. Obecnie skuteczna kontrola płodności i podejmowane przez kobiety nowe role społeczne sprawiają, że czas, w którym doświadczają zmian hormonalnych w cyklu miesięczkowym i związanych z tym dolegliwości, znacznie się wydłużył, stanowiąc dominujący okres podczas reprodukcyjnego cyklu życia kobiety<sup>13</sup>.

Nie bez znaczenia jest również coraz bardziej popularny także w naszym kraju model małżeństwa DINK (ang. *double income – no kids*), w którym partnerzy pomimo braku biologicznych i społecznych przeszkód, świadomie rezygnują z potomstwa<sup>14</sup>.

Do charakterystycznych cech zachowania kobiety, powszechnie kojarzonych z cyklicznością, należy zmieniający się „kalendarz nastrojów psychicznych”

<sup>10</sup> J. SAMOCHOWIEC, E. FISZER-PIOSIK, J. KUCHARSKA-MAZUR, J. HORODNICKI: *Wpływ genów na kształtowanie się cech osobowości*. „Psychiatria Polska” 2002, t. 34, nr 1.

<sup>11</sup> J. SAMOCHOWIEC, A. TYMICZ, B. WOJCIECHOWSKI: *Problemy emocjonalne kobiet*. „Medycyna po Dyplomie” 2002, 11 (9), s. 78.

<sup>12</sup> E. BIELAWSKA-BATOROWICZ: *Psychologiczne aspekty...*, s. 78.

<sup>13</sup> P.C. MACDONALD, R.A. DOMBROSKI, M.L. CASEY: *Recurrent Secretion of Progesterone in Large an Endocrine/Metabolic Disorder Unique to Young Women?* „Endocrine Rev” 1991, 12. Podano za: J. TKACZUK-WŁACH, M. SOBSTYL, K. SYTY, C. ŁEPECKA-KŁUSEK, G. JAKIEL: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego*. „Przegląd Menopauzalny” 2009, 6, s. 339.

<sup>14</sup> Dodatkowe informacje na temat alternatywnych form życia małżeńsko-rodzinnego: T. BIERNAT, S. SOBIERAJSKI: *Młodość wobec małżeństwa i rodziny*. Toruń 2007; D. GĘBUŚ: *Rodzina. Tak, ale, jaka?* Warszawa 2006.

warunkowany różnymi etapami cyklu miesięczkowego. Najbardziej przykry dla samopoczucia kobiety jest okres przedmenstruacyjny, traktowany jako „powszechnie występująca kobieca dolegliwość”<sup>15</sup>.

Zespół napięcia przedmiesiączkowego (ZNPM; ang. *premenstrual syndrome* PMS) opisywany jest coraz częściej zarówno w prasie popularnej, jak i medycznej. W 1981 roku Ernesto Gonzales w „Journal of American Medical Association” uznał syndrom zaburzeń przedmenstruacyjnych jako nowy problem medyczny dotyczący kobiet<sup>16</sup>. Docenienie jego wagi znalazło swoje odzwierciedlenie w klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (DSM-IV), które zamieściło PMDD (traktowane w tym ujęciu jako najbardziej nasilona forma spektrum PMS) na liście chorób i zaburzeń psychicznych<sup>17</sup>.

Chociaż nadal trwają spory dotyczące definicji zespołu, jego etiologii i leczenia, widoczne jest coraz większe zainteresowanie i zrozumienie zjawiska. Jest to problem złożony, nasuwający wiele pytań o interakcje pomiędzy hormonami i zmianami fizjologicznymi a wydarzeniami życiowymi i stresem<sup>18</sup>.

Zespół napięcia przedmiesiączkowego został opisany po raz pierwszy przez amerykańskiego neurologa Roberta T. Franka w 1931 roku. Terminu „przedmiesiączkowe napięcie” użył on do opisu objawów o różnym nasileniu, występujących u kobiet w wieku rozrodczym<sup>19</sup>. Jednak dopiero w latach 60. XX wieku powstała koncepcja zespołu napięcia przedmiesiączkowego. Katharina Dalton opublikowała wówczas badania wskazujące na występowanie u kobiet wielu negatywnych objawów w sferze emocjonalnej, poznawczej i fizjologicznej jako efektu zmiany poziomu hormonów w fazie przedmiesiączkowej cyklu<sup>20</sup>.

Doświadczane przez kobiety objawy zostały zaklasyfikowane jako zespół, jednak jest ich tak wiele (około 150) i często wzajemnie sprzecznych (np. podwyższony nastrój i depresja), że nie ma zgodności co do tego, czy zespół ten faktycznie jest pojęciem homogenicznym<sup>21</sup>.

Według Amerykańskiego Towarzystwa Położników i Ginekologów ACOG (*American College of Obstetricians and Gynecologists*) diagnoza PMS opiera się na rozpoznaniu jednego lub więcej objawów emocjonalnych i fizycznych w okresie do 5 dni przed krwawieniem miesięcznym i ich ustąpieniu do 4 dni po krwawie-

<sup>15</sup> K. POSPISZYL: *Zaburzenia przedmenstruacyjne, choroba faktyczna czy urojona?* „Problemy Rodziny” 1992, 31 (2), 27.

<sup>16</sup> Ibidem, s. 28.

<sup>17</sup> *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*. Red. J. WCIÓRKA. Wrocław 2008.

<sup>18</sup> K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego*. W: *Problemy zdrowotne kobiet*. Red. A. MCPHERSON. Warszawa 1997, s. 160.

<sup>19</sup> I. SIUDA, J. RABE-JABŁOŃSKA: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego i zaburzenia dysforyczne przedmiesiączkowe – diagnostyka i leczenie*. „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2007, 7 (1), s. 30.

<sup>20</sup> L. BRANNON: *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni*. Gdańsk 2002, s. 91.

<sup>21</sup> Ibidem, s. 91



niu. Objawy te ujawniają się w fazie lutealnej, a więc po 13. dniu cyklu. Ich nasilenie jest średnie lub ciężkie, co zaburza funkcjonowanie w codziennym życiu i/lub związku, powodując znaczny dyskomfort fizyczny i/lub psychiczny, na tyle silny, by szukać pomocy specjalisty. Objawy te występują przez większość cykli miesięczkowych i muszą zostać potwierdzone prospektywnie przez dwa kolejne cykle. Ponadto występujące zaburzenia nie mogą być zaostreniami istniejących chorób psychicznych lub somatycznych<sup>22</sup>.

Do wnikliwego poznania objawów PMS przyczynił się przede wszystkim program badawczy zapoczątkowany w 1996 roku w USA, znany jako *PMS Research Project* (Projekt Badań nad Zespołem Przedmiesiączkowym). Opisane objawy zgrupowane zostały w cztery kategorie, z których dwie odnoszą się do sfery psychicznej: objawy emocjonalne (płacz bez wyraźnego powodu, labilność emocjonalna, zmienność nastroju często z wrogim nastawieniem do otoczenia, tzw. zmiany zachowań o typie doktor Jekyll – mister Hyde, drażliwość, nadpobudliwość, skłonność do irytacji i gwałtowności, utrata panowania nad sobą itp.); objawy depresyjne (obniżony nastrój, przygnębienie, apatia, lęk, smutek); zaburzenia popędu (np. gwałtowna potrzeba jedzenia słodkiego, napadowe uczucie głodu, zmiany w potrzebach seksualnych, obniżenie libido, nadużywanie środków uspokajających); objawy fizjologiczne (ból i zawroty głowy, ból i nadwrażliwość piersi, wzdęcia brzucha, zaparcia, obrzęki kończyn, ból krzyża itp.)<sup>23</sup>.

Warto zaznaczyć, że nie wszystkie objawy muszą występować u każdej kobiety, ponadto ich obraz może się zmieniać u tej samej kobiety w zależności od cyklu. Ocenia się, że niemal każda kobieta odczuwa przynajmniej raz w życiu jeden z około 150 symptomów<sup>24</sup>. U 5–8% kobiet PMS występuje w postaci przedmiesiączkowego zespołu dysforycznego (*premenstrual dysphoric disorder* – PMDD). PMDD jest szczególną postacią przedmiesiączkowych zaburzeń nastroju. Dominujące w jego obrazie klinicznym są znacznie nasilone objawy psychiczne, takie jak np.: przygnębienie, depresja, napięcie, drażliwość, dysforia, zmienność nastroju, zaburzenia koncentracji, lęk, niepokój. Wpływ PMDD na jakość życia kobiet jest podobny jak w przypadku chorób psychicznych<sup>25</sup>.

Dane statystyczne wskazujące na częstotliwość występowania ZNPM nie są jednoznaczne. W zależności od badań szacuje się, że mieszczą się w przedziale od 20 do 90%. Powołując się na badaczy tego zjawiska, Ilona Siuda i Jolanta

<sup>22</sup> M. OLAJOSSY, A. GERHANT: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne – problem z pogranicza psychiatrii i ginekologii*. „Curr Probl. Psychiatrii” 2011, 12 (2), s. 164.

<sup>23</sup> R. KIEREŚ, D. JAWORSKA, E. MAJCHER, B. ROSOWSKI, K. MROŻEWSKI: *Siedem trudnych dni*. „Charaktery”, 2000, 12 (47), s. 29; A. WILAMOWSKA: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego – większe ryzyko objawów menopauzalnych*. „Przegląd Menopauzalny”, 2006, 2, s. 116.

<sup>24</sup> R. KIEREŚ, D. JAWORSKA, E. MAJCHER, B. ROSOWSKI, K. MROŻEWSKI: *Siedem trudnych...*, s. 29.

<sup>25</sup> A. WILAMOWSKA: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego...*, s. 117.

Rabe-Jabłońska wskazują, że PMS występuje aż u 75% kobiet w wieku rozrodczym<sup>26</sup>. Według Nancy Felipe Russo i Beth L. Green co dwudziesta kobieta cierpi na poważne objawy PMS, a 20–80% zgłasza występowanie przed miesiączką łagodnych lub minimalnych zmian nastroju lub zmian somatycznych<sup>27</sup>. Paula P. Schnurr<sup>28</sup> sugeruje, że około 50% kobiet zgłaszających występowanie PMS nie spełnia jego kryteriów diagnostycznych<sup>29</sup>.

Tak duże rozbieżności mogą wynikać z faktu, że zarówno kobiety, jak i mężczyźni skłonni są nadużywać PMS do wyjaśniania kobiecych emocji<sup>30</sup>. Randi Daimon Koeske, zdecydowana przeciwniczka PMS, wskazuje na dość powszechne skłonności kobiet do tłumaczenia napięć i frustracji, jakim są poddawane w życiu, stanem własnego organizmu, a jednym z pretekstów usprawiedliwiających niepowodzenia jest przedmenstruacyjna faza cyklu. Prawdopodobnie tę tłumaczy teorią, zgodnie z którą ludzie wykazują tendencje do niedoceniań zewnętrznych (często niekontrolowanych) czynników warunkujących ich zachowanie się, przy równoczesnym przecenianiu uwarunkowań wewnętrznych<sup>31</sup>.

Pomimo różnych kontrowersji i rozbieżności spowodowanych trudnościami w zdefiniowaniu PMS i ustaleniu jednoznacznych kryteriów jego diagnozowania, zaburzenie to niezmiennie przedstawia dla kobiet „dużą wartość”, ponadto jest coraz częściej diagnozowane i leczone.

Zarówno kobieta, jak i mężczyzna pozostają pod przemożnym wpływem hormonów. Obecnie wiadomo, że substancje te mogą przedostawać się do mózgu, kształtując jego strukturę, i w ten sposób wpływać na zachowanie. Można je porównać do inżynierów wykonujących polecenia genów<sup>32</sup>. Wzrost wiedzy na temat hormonów doprowadził do zwiększenia badań nad znaczeniem cyklicznych zmian w zakresie wydzielania hormonów płciowych dla stanu psychicznego kobiety<sup>33</sup>.

Wydzielane hormony modelują mózg, nakazując mu funkcjonować w sposób nieraz absurdalny i nedorzeczny. Stanowią jedną z przyczyn niestabilnych i kłopotliwych zachowań kobiet i mężczyzn. Każda kontrolująca i wpatrująca się w swój organizm kobieta jest świadoma potęgi działania hormonów. To one

<sup>26</sup> I. SIUDA, J. RABE-JABŁOŃSKA: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego...*, s. 30.

<sup>27</sup> N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie...*, s. 330.

<sup>28</sup> P.P. SCHNURR: *Some Correlates of Prospectively Defined Premenstrual Syndrome*. „American Journal of Psychiatry” 1988, 145. Podano za: N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie...*, s. 331.

<sup>29</sup> Ibidem.

<sup>30</sup> L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...*, s. 94.

<sup>31</sup> K. POSPISZYL: *Zaburzenia przedmenstruacyjne...*, s. 29.

<sup>32</sup> A. MOIR, D. JESSEL: *Zbrodnia rodzi się w mózgu. Zagadka biologicznych uwarunkowań przestępczości*. Warszawa 1998, s. 37, 38.

<sup>33</sup> E. BIELAWSKA-BATOROWICZ: *Psychologiczne aspekty...*, s. 78.

niejako zmuszają do podejmowania nieraz sprzecznych z logiką działań, ocenianych z perspektywy czasu (nawet kilku dni) jako absurdalne i niedorzeczne. Coś, co jednego dnia stanowi dla kobiety źródło szczęścia czy rozpaczy, wywołując skrajne i intensywne emocje, kolejnego dnia okazuje się niewiele znaczącym epizodem. Linda Brannon zwraca uwagę, że „hormony nie pozostawiają szerszego pola manewru, nie pozwalają się nawet dobrze zastanowić, jak dostosować zachowanie do sytuacji. Nie jesteśmy w stanie uciec przed ich oddziaływaniem. Odbierają nam rozum i prowokują nas do takich, a nie innych zachowań”<sup>34</sup>. Louann Brizendine, jedna z badaczek ludzkiego mózgu, autorka popularnych książek z dziedziny neuropsychiatrii, relacjonuje: „Gdy zaczęłam przyglądać się gospodarce hormonalnej w organizmie kobiety, odkryłam, jak rozległe są neurologiczne konsekwencje zróżnicowanego wydzielania hormonów podczas kolejnych faz rozwoju i jak wielkie ma to znaczenie dla kobiecych pragnień, systemu wartości, po prostu dla percepcji świata”<sup>35</sup>. Wiedziona ciekawością na temat znaczenia zmian hormonalnych, jakie zachodzą w kolejnych fazach życia kobiety, Brizendine założyła w 1994 roku Women’s Mood and Hormone Clinic (Klinikę Kobiecych Hormonów i Nastrojów) przy Wydziale Psychiatrii Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco.

Regularne zmiany poziomu hormonów lutemizującego (LH) i folikulotropowego (FSH) wywołują cykl menstruacyjny, wpływając na uwalnianie estrogenów i progesteronu. Następująca cyklicznie fluktuacja samopoczucia, warunkowana zmianami ich poziomu, została wielokrotnie naukowo udokumentowana. Louann Brizendine opisuje te substancje z właściwym sobie poczuciem humoru, jako głównych aktorów obsadzanych w „neurohormonalnym spektaklu”. I tak estrogen to „władcza i potężna, nieokiełznana królowa. Czasem interesowna, niekiedy agresywnie uwodzicielska. Przyjaciółka dopaminy, serotoniny, oksytocyny, acetylocholino i norepinefryny, czyli mózgowych substancji chemicznych odpowiadających za dobre samopoczucie”. Z kolei progesteron „działa w tle, ale jest mniej potężna niż jego siostra, estrogen. Działa sporadycznie, czasem niczym chmura burzowa przesłania promienne efekty działania estrogenu, czasem zaś daje ukojenie. To matka allopregnenolonu (mózgowy ośrodek uspokajający, naturalne valium)”<sup>36</sup>.

W normalnym cyklu miesięczkowym poziom estrogenu jest najwyższy w jego środkowej fazie, czyli w czasie owulacji, odpowiadając za pozytywne samopoczucie emocjonalne. Zdaniem autorki estrogen działa na neurony jak cudowny nawóz, który ożywia mózg i daje ukojenie, przynajmniej przez dwa pierwsze tygodnie cyklu. W tej fazie (zwanej estrogenową) liczba połączeń w hipokampie rośnie o ponad 25%. Dzięki temu mózg kobiety funkcjonuje lepiej,

<sup>34</sup> L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...*, s. 78.

<sup>35</sup> L. BRIZENDINE: *Mózg kobiety...*, s. 2–3.

<sup>36</sup> Ibidem, s. XI.



procesy myślenia, pamięci, tworzenie skojarzeń ulegają wyraźnej poprawie, a sprawność w zakresie zdolności werbalnych wzrasta. To również faza, w której kobiety poszukują towarzystwa, czując się w kontakcie z innymi zrelaksowane i odprężone.

Około 14. dnia cyklu jajniki zaczynają produkować progesteron działający na nowe połączenia nerwowe jak środek chwastobójczy – niszcząc je. Hormon ten przez dwa ostatnie tygodnie cyklu powoduje, że mózg zachowuje się jak pod wpływem środków odurzających, działa wolniej, co sprawia, że kobieta ma problemy z koncentracją, pamięcią, czuje się poirytowana. Stąd w drugiej połowie cyklu miesięczkowego (zwanej progesteronową) jej wrażliwość na stres drastycznie się zmienia. Powstałe wcześniej pod wpływem estrogenu dodatkowe połączenia w hipokampie zanikają, w ostatnich dniach cyklu maleje stężenie progesteronu, pojawia się podenerwowanie i poczucie zagrożenia. Bardzo wiele kobiet przyznaje, że tuż przed początkiem miesiączki reagują emocjonalnie, płacząc i krzycząc, odczuwają niechęć do kontaktów z otoczeniem, a nawet wrogość, częściej czują się poirytowane, skłonne do zachowań irracjonalnych i dyktowanych emocjami. To także czas nasilenia się poczucia bezradności i depresji; nastrój ulega rozchwianiu, a reakcje są nieadekwatne do wywołujących je bodźców<sup>37</sup>.

Poziom obu hormonów ulega wahaniom w drugiej połowie cyklu. Spada gwałtownie tuż przed miesiączką (jednak poziom progesteronu jest wyższy od poziomu estrogenu), powodując pogorszenie nastroju, który ponownie osiąga najniższy punkt. Podczas miesiączki stężenie we krwi obu hormonów jest stosunkowo niskie<sup>38</sup>. Badania wykazują, że najgorsze samopoczucie wiąże się z gwałtownymi zmianami ich poziomu. U kobiet podlegających skrajnym zmianom nastroju objawy przedmiesiączkowe manifestują się depresją, nadużywaniem alkoholu, podatnością na wypadki, skłonnościami samobójczymi, porywczoscią<sup>39</sup>.

Ta ciągła wymiana estrogen–progesteron zmienia mózgowie reakcje na stres w stałym, miesięcznym cyklu. To zaś oznacza, że wiara kobiety w siebie gwałtownie spada i rośnie w kolejnych tygodniach cyklu<sup>40</sup>. James C. Dobson podkreśla wyraźnie jako szczególnie istotną korelację pomiędzy wiarą w siebie i poczuciem własnej wartości a poziomem estrogenu. Zrozumienie i zaakceptowanie tej zależności, co w przypadku zwłaszcza młodych kobiet nie jest takie oczywiste, może w znaczący sposób wpłynąć na wzrost samoakceptacji i poprawę relacji w związku<sup>41</sup>.

Biorąc pod uwagę dobrze zbadane i udokumentowane zmiany cyklicznie zachodzące w organizmie kobiety, najczęściej przyjmuje się, że PMS ma pod-

<sup>37</sup> Ibidem, s. 45, 46.

<sup>38</sup> L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...*, s. 91.

<sup>39</sup> A. MOIR, D. JESSEL: *Zbrodnia rodzi się...*, s. 46

<sup>40</sup> L. BRIZENDINE: *Mózg kobiety...*, s. 34.

<sup>41</sup> J.C. DOBSON: *Co każda żona chciałaby, aby jej mąż wiedział o kobiecie*. Warszawa 1992, s. 140.

łoże biologiczne i związany jest z zaburzeniami neurochemicznymi w mózgu, spowodowanymi zmianami wydzielania głównie estrogenu i progesteronu, hormonów sterujących cyklem miesięczkowym. Wśród prawdopodobnych przyczyn wymienia się także zaburzenia aktywności serotoniny, endorfin i prostaglandyn, nie wyklucza się niewydolności ciała żółtego<sup>42</sup>.

Hormony mogą być jedną z przyczyn niestabilnych, kłopotliwych zachowań kobiet. Wiedza, jaką dysponują badacze, nie pozwala jednak zignorować także innych prawdopodobnych zmiennych generujących powstanie PMS. Istnieje kilkanaście różnych hipotez, które na przestrzeni lat stały się przedmiotem dociekań zarówno lekarzy, jak i psychologów. Pomimo tego etiologia zaburzeń PMS nie została do tej pory jednoznacznie zdefiniowana. Zakłada się, że reakcje neuroendokrynalne zależą od wielu zmiennych społeczno-kulturowych, demograficznych, a także osobowościowych i sytuacyjnych.

W efekcie podjętych badań wyłoniono kobiety znajdujące się w grupie swoistego ryzyka. Wydaje się, że nie ma wyróżniającego się typu kobiet, które z większym prawdopodobieństwem narażone są na PMS. Uzyskane wyniki pozwalają jednak powiązać ten zespół m.in. z takimi czynnikami jak: wiek, pochodzenie społeczne, wykonywanie pracy zawodowej, dieta, objawy menopauzalne, stosowanie antykoncepcji, doświadczanie stresu, uwarunkowania osobowościowe, stan zdrowia psychicznego.

Symptomy PMS obserwuje się wprawdzie już w okresie dojrzewania, jednak największe ich nasilenie ma miejsce u kobiet około 30. roku życia i powyżej tej granicy wieku, chociaż objawy mogą nadal występować, gdy przestają już funkcjonować jajniki<sup>43</sup>. Badania przeprowadzone przez Ellen W. Freeman i in. na reprezentatywnej grupie 500 kobiet dowiodły, że prawdopodobieństwo wystąpienia PMS w wieku 35–39 lat jest o 41% większe niż wśród kobiet między 40. a 44. rokiem życia, natomiast między 50. a 54. rokiem życia o 79% mniejsze niż w grupie wiekowej 35–39<sup>44</sup>. Istnieją przesłanki, by przyjąć, że PMS generalnie jest bardziej powszechny u kobiet po 30. i 40. roku życia<sup>45</sup>. Część badaczy wskazuje więc na wprost proporcjonalną zależność pomiędzy PMS a wiekiem, podczas gdy inni takiej zależności nie zauważają. Taka sprzeczność to prawdopodobnie wynik odmiennego sposobu reagowania na pojawiające się symptomy u kobiet w różnym wieku. Wyniki przeprowadzonych badań empirycznych wskazują, że starsze kobiety cierpią na więcej objawów zespołu,

<sup>42</sup> K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 166.

<sup>43</sup> J.A. HAMILTON, B.L. PARRY, S.J. BLUMENTHAL: *The Menstrual Cycle in Context I: Affective Syndromes Associated with Reproductive Hormonal Changes*. „Journal of Clinical Psychiatry” 1988, 49. Podano za: N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie...*, s. 330.

<sup>44</sup> E.W. FREEMAN, M.D. SAMMEL, P.J. RINAUDO et.al.: *Premenstrual Syndrome as a Predictor of Menopausal Symptoms*. „Obstet Gynecol” 2004, 103. Podano za: A. WILAMOWSKA: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego...*, s. 117.

<sup>45</sup> K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 164.

ale ich nie zgłaszają, w przeciwieństwie do młodszych, które częściej je sygnalizują<sup>46</sup>.

PMS zdaje się występować u wszystkich kobiet, bez względu na podejmowaną przez nie aktywność zawodową lub jej brak oraz bez względu na ich społeczne pochodzenie. Jednak, jak wykazano, z pomocy korzystają częściej te z nich, które należą do wyższych klas społecznych<sup>47</sup>.

Wystąpienie zespołu zaburzeń przedmiesiączkowych można powiązać także z odstawieniem doustnych środków antykoncepcyjnych, sterylizacją a także urodzeniem dziecka, w efekcie czego objawy PMS mogą pojawić się po raz pierwszy lub zaostrzyć<sup>48</sup>.

Istnieją także podstawy, by uznać PMS za zwiastun nasilonych objawów klimakterycznych. U kobiet doświadczających PMS wykazano dwukrotnie większe ryzyko wystąpienia w okresie menopauzalnym dolegliwości psychicznych i somatycznych, takich jak: uderzenia gorąca, trudności z zasypianiem, nastroje depresyjne, obniżenie libido<sup>49</sup>. Ponadto w okresie przedmenopauzalnym PMS może nasilić i jednocześnie sprawić, że początek menopauzy nie będzie wyraźny. Podejrzuje się, że w grupie kobiet narażonych w większym stopniu niż inne na zmiany stężenia hormonów istnieje nie tylko ryzyko wystąpienia problemów z PMS i menopauzą, ale także z łagodną odmianą depresji poporodowej. Zaburzenia fazy przedmiesiączkowej mogą ponadto nasilać objawy chorób psychicznych. Cierpiące na nie kobiety (w przeciwieństwie do zdrowych psychicznie) doświadczają więcej i cięższych symptomów ZNPM<sup>50</sup>.

Badacze znajdują dowody na istnienie związku pomiędzy PMS a stresującymi wydarzeniami życiowymi, takimi jak: problemy w pracy, egzaminy, przeprowadzki, nieudane małżeństwo, przy braku tego typu objawów w sytuacji odprężenia i relaksu, np. w czasie wakacji, urlopu oraz przy ogólnym poczuciu zadowolenia z życia<sup>51</sup>. Ellen McGrath i in. zwracają uwagę, że w przypadku ryzyka powstania psychopatologii u kobiet w związku z wydarzeniami związanymi z prokreacją stosowanie modelu stresu i radzenia sobie z nim nie jest powszechne i systematyczne. Model ten zakłada bowiem współistnienie czynników biologicznych oraz psychospołecznych. W rezultacie kontekst społeczny określa znaczenie i rezultaty wydarzeń związanych z prokreacją, z kolei związek między zmiennymi biologicznymi a stanem zdrowia psychicznego zależy od kontekstu psychologicznego i społecznego. Model ten tłumaczy również fakt, że

<sup>46</sup> N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie...*, s. 331.

<sup>47</sup> K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 164; N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie...*, s. 331.

<sup>48</sup> K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*

<sup>49</sup> A. WILAMOWSKA: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego...*, s. 117.

<sup>50</sup> K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 164.

<sup>51</sup> L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...*, s. 94; K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 164.

nastrój i zachowania często pozostają niezmienione mimo iż istotnym zmianom podlegają hormony i neuroprzekązniki<sup>52</sup>.

Nowsze badania nad genezą PMS wskazują także na wyraźny wpływ nastawienia i oczekiwań społecznych. Przekonujących wyników dostarczają badania z wykorzystaniem kwestionariuszy zawierających objawy psychiczne i somatyczne, ujęte z perspektywy czasowej. Częstotliwość i nasilenie objawów jest znacznie silniejsze, gdy ocena dokonywana jest retrospektywnie, zaś znacznie mniejsze lub w ogóle nie występuje, gdy nastrój podlega bieżącej ocenie. Dwa długoterminowe badania przeprowadzone przez Jessicę Mc Farlane i Tannis MacBeth Williams wykazały, że choć kobiety nie zdradzały stereotypowych zmian nastroju przed menstruacją w raportach codziennych, to wspominały o nich, gdy dane na temat tych samych dni były zbierane w późniejszym terminie. Kiedy kobiety przypominały sobie swoje nastroje, zgłaszały objawy PMS, których, jak wynikało z codziennych notatek, nie doświadczyły. Badania kontrolne przeprowadzone z udziałem mężczyzn wykazały, że dla uczestników obojga płci cykliczność nastrojów była normą, ale niewiele osób zgłaszało objawy emocjonalne zgodne z PMS. Wynik ten pozwala przypuszczać, że zmiany nastroju związane z PMS mają związek raczej z oczekiwaniami i etykietowaniem niż z poziomem hormonów. Około połowy kobiet, które spełniały kryteria diagnostyczne, i około połowy takich, które ich nie spełniały, twierdziło, że cierpiały na zespół napięcia przedmiesiączkowego. Można stąd wnioskować, że niezależnie od doświadczanych objawów część kobiet wierzy, że go doświadcza<sup>53</sup>. Argumentów na poparcie tej tezy dostarcza artykuł Kathleen Murray, która kwestionuje obiegowe opinie na temat genezy PMS. Zdaniem autorki, dysponując informacjami o kobiecym cyklu, zarówno kobiety, jak i mężczyźni skłonni są wykorzystywać je do wyjaśniania emocjonalnego zachowania kobiet. Im bardziej irracjonalne jest to zachowanie, tym większa gotowość do przypisywania go zespołowi napięcia przedmiesiączkowego. Jeśli te same sytuacje i reakcje przypadają na inne fazy cyklu, kobiety szukają innego wyjaśnienia. Tym sposobem mit o PMS spełnia się w oczach kobiet reagujących na życiowe problemy, jak również w oczach mężczyzn obserwujących ich reakcje. Murray wskazuje, że nadużywanie tego pojęcia powoduje, iż staje się ono bezużyteczne jako diagnoza<sup>54</sup>.

Badania demonstrują, jak skomplikowane jest wzajemne oddziaływanie czynników odnoszących się zarówno do fizycznego, psychicznego jak i społecznego aspektu życia kobiety, stąd przyjęcie tylko jednego stanowiska wydaje się

<sup>52</sup> *Women and Depression: Research Risk Factors and Treatment. Final Report of the American Psychological Association Task Force on Women and Depression*. Red. E. McGRATH, G.P. KEITA, B.R. STRICKLAND, N.F. RUSSO. Washington 1990. Podano za: N.F. RUSSO, B.L. GREEN: *Kobiety a zdrowie...*, s. 330.

<sup>53</sup> Por. L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...*, s. 93.

<sup>54</sup> K. MURRAY: *PMS: Is it for Real?* „Cosmopolitan” 1995, 218, s. 208–211. Podano za: L. BRANNON: *Psychologia rodzaju...*, s. 72–73.

nieuzasadnione. ZNPM jest prawdopodobnie wynikiem nakładania się wyżej wymienionych czynników na wydarzenia i okoliczności życiowe<sup>55</sup>.

Zdecydowana większość kobiet jest w stanie poradzić sobie z własnymi dolegliwościami fizycznymi i dyskomfortem psychicznym, pojawiającymi się w przewidywalnych odstępach czasu. Stany poirytowania czy wahania nastroju nierzadko bywają kłopotliwe, jednak w większości przypadków są na tyle niewielkie, że nie dezorganizują życia osobistego i zawodowego kobiety.

Joan Borysenko wręcz sugeruje, że odczuwane dolegliwości rzadko „idą na marne”. Zwykle stanowią część pozytywnego biologiczno-psychiczno-duchowego systemu sprzężenia zwrotnego, którego celem jest przywrócenie ciała homeostazy. Zdaniem autorki mózg i hormony wydzielane w organizmie kobiety przez kilka dni każdego miesiąca czynią ją mniej podatną na radość i bardziej skłonną do ujawniania „trudnych” emocji, które nierzadko gromadziły się w ciągu ostatnich tygodni. W menstruacyjnej fazie cyklu kobiety mają tendencję do poddawania się negatywnym myślom. Sytuacje, które budzą niepokój i uruchamiają potrzebę wyparcia, w tym czasie wychodzą na światło dzienne, jakby wyskakując z podświadomości i domagając się wyjaśnienia i rozwiązania<sup>56</sup>. Jak zauważa Borysenko „to emocjonalne «sprzątanie» niesłusznie poczytywane jest za czeplanie się czy narzekanie, gdyż jeśli przyrzeć się temu z uwagą, to można dostrzec w nim cenny reduktor stresu i źródło wskazówek ukazujących obszary koniecznych zmian. Jest to korzyść, jaką kobieta odnosi z tego okresu kiepskiego samopoczucia”<sup>57</sup>. Ann Ulnov, zajmująca się teorią Junga, opisuje kobiecą świadomość jako periodyczną i rytmiczną. Kobieta podlega przypływom i odpływom. Podczas owulacji jej ciało jest płodne i otwarte. Może ona w tym czasie odczuwać ekspresję uczuć, wzrost energii seksualnej, przypływ kreatywności i inspiracji<sup>58</sup>.

Nie należy jednak zlekceważyć faktu istnienia zespołu napięcia przedmiesiączkowego i konsekwencji, jakie z sobą niesie. Zachowaniom kobiet podczas menstruacji przypisuje się różne cechy. Powszechnie stosowane określenie „niedysponowana” świadczy o tym, że kobieta jest w złej formie, poirytowana, skupiona na sobie i swoich doznaniach. Nie bez powodu czas ten został określony przez Joan Borysenko jako „ciemna faza cyklu”<sup>59</sup>.

PMS bez wątpienia bywa uciążliwy dla wielu kobiet, a pośrednio także dla osób z ich otoczenia. Młode matki mogą czuć się dodatkowo zestresowane i zmartwione tym, jaki wpływ ich odczucia wywierają na dzieci. Cykliczne zmiany nastroju, zwłaszcza, gdy wydają się trudne do kontrolowania, mogą stanowić problem w relacjach z partnerem, m.in. w aspekcie podejmowanej ak-

<sup>55</sup> K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 166.

<sup>56</sup> J. BORYSENKO: *Księga życia kobiety*. Sopot 2012, s. 70.

<sup>57</sup> Ibidem, s. 72.

<sup>58</sup> Ibidem, s. 69.

<sup>59</sup> Ibidem, s. 68.

tywności seksualnej. Doświadczane przez kobiety dolegliwości psychofizyczne, takie jak zmęczenie przed miesiączką czy bolesność piersi, mogą w znacznym stopniu zmniejszyć pozytywne odczucia i zainteresowanie seksem. Z kolei po miesiączce, z chwilą gdy kobieta odczuwa poprawę nastroju, zainteresowanie to może wyraźnie wzrastać. Niemniej u niektórych kobiet popęd płciowy w fazie przedmiesiączkowej wzrasta. Zmienność potrzeb w tym obszarze życia może być przyczyną dyskomfortu kobiety i ewentualnych nieporozumień z partnerem<sup>60</sup>.

Emocjonalność kobiety, bardzo żywa i ekspresyjna, staje się często źródłem problemów w funkcjonowaniu i komunikacji z otoczeniem<sup>61</sup>. Doświadczenie kobiecej zmienności bywa niejednokrotnie tak duże, że determinuje preferencje w zakresie bezpośredniego kontaktu i współpracy na przykład w relacjach rodzinnych czy zawodowych. Odbiór społeczny kobiety dokonuje się niejednokrotnie przez pryzmat jej zmienności. Stąd pytanie, jakie stawia Joan Borysenko: Czy kobieta jest fizjologicznie przygotowana na to, żeby zostać prezydentem?<sup>62</sup> Biorąc pod uwagę zmiany postępujące obecnie w mentalności społecznej, tak postawione pytanie wydaje się bezzasadne i dyskryminujące. Jednak niespełna pół wieku temu, w latach 60. podważano kompetencje kobiet, odwołując się do ich zmienności i starając się uniemożliwić im obejmowanie wysokich stanowisk politycznych. Anne Moir i David Jessel zwracają uwagę, że w opinii większości kobiet uznanie ich za „hormonalne kaleki”, a co się z tym wiąże, za osoby nieodpowiedzialne, pozbawiłoby je możliwości awansu, który bywa tożsamy z poczuciem osobistego szczęścia i osiągnięciem samorealizacji<sup>63</sup>.

Wraz z gospodarką hormonalną, będącą konsekwencją cyklu menstruacyjnego, zmienia się skłonność do zachowań agresywnych oraz podejmowania zachowań prospołecznych. Produkcja androgenów w jajnikach jest najintensywniejsza w drugim i trzecim tygodniu cyklu i to właśnie wtedy nastolatki i dojrzałe kobiety zachowują się najbardziej agresywnie. Zresztą słabsza empatia i mniejsza potrzeba afiliacji i kontaktów społecznych powiązana jest, niezależnie od płci, z wyższym stężeniem androgenów. Ich niższe stężenie z kolei zmniejsza skłonności agresywne, obniżając jednocześnie popęd seksualny<sup>64</sup>.

Wahania poziomu hormonów związane z cyklem menstruacyjnym generują zachowania irracjonalne, niebezpieczne, niezgodne z prawem, a nawet zagrażające zdrowiu i życiu nie tylko samych kobiet, ale także osób z ich otoczenia, najczęściej członków najbliższej rodziny. Uwzględnienie wpływu czynników biologicznych na zachowanie kobiet znajduje swoje odzwierciedlenie w analizach dokonywanych przez specjalistów różnych dziedzin: kryminologów, lekarzy czy psychologów. Próby poszukiwania związków zachowań przestępczych z cy-

<sup>60</sup> K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 163.

<sup>61</sup> J. SAMOCHOWIEC, A. TYMICZ, B. WOJCIECHOWSKI: *Problemy emocjonalne...*, s. 75.

<sup>62</sup> J. BORYSENKO: *Księga życia...*, s. 69.

<sup>63</sup> A. MOIR, D. JESSEL: *Zbrodnia rodzi się...*, s. 53.

<sup>64</sup> L. BRIZENDINE: *Mózg kobiety...*, s. 55.



kliczną zmianą nastroju nie pozostają bez wpływu na sposób traktowania kobiet przez wymiar sprawiedliwości.

Kobiety w różnych krajach świata doświadczają podobnych objawów psychofizycznych. Należy pamiętać, że u większości z nich wahania nastroju są nieznaczne, w około 40% przypadków określa się je jako bardzo łagodne. Jednak 2–10% kobiet doświadcza objawów mających ostry, niejednokrotnie dramatyczny przebieg. W przypadkach skrajnych zaburzenia manifestują się czynami o charakterze kryminalnym<sup>65</sup>. Właśnie ta stosunkowo niewielka grupa dostarcza badaczom interesujących danych na temat przestępczości kobiet i ich ryzykownych zachowań.

Dane sugerują, że kobiety przyjmowane do szpitali psychiatrycznych podejmują próby samobójcze oraz dokonują zbrodni najczęściej w fazie lutealnej cyklu miesięczkowego<sup>66</sup>. W przekonaniu Kathariny Dalton, która przez wiele lat leczyła tysiące kobiet cierpiących na PMS, za irracjonalne wahania nastroju odpowiedzialny jest nagły spadek poziomu progesteronu tuż przed miesiączką. Od 44 do 50% przestępstw popełnianych przez kobiety zdarza się w tym właśnie czasie albo w pierwszym dniu menstruacji; z kolei w okresie owulacji i ciąży ich liczba znacząco się zmniejsza<sup>67</sup>.

Poszukiwaniem związków pomiędzy przestępczością kobiet a cyklem fizjologicznym, w szczególności zespołem napięcia przedmiesiączkowego, zajmowano się już w XIX wieku. Jednym z pierwszych badaczy tego zjawiska był słynny włoski kryminolog i psychiatra Cesare Lombroso, który w 1894 roku wskazał na fakt, że z grupy osiemdziesięciu kobiet zatrzymanych za „stawianie oporu funkcjonariuszom publicznym” 89% przechodziło menstruację. Podobnie pewien francuski lekarz w 1890 roku przeanalizował 56 przypadków sklepowych złodziejek. Jak wynika z jego ustaleń, prawie co trzecia kobieta (62%) w momencie popełnienia przestępstwa miała miesiączkę. Lekarz ten, oprócz skłonności kobiet do kradzieży, wskazał na takie dodatkowe zaburzenia jak: kleptomania, nimfomania, deliryczne szaleństwo, zazdrość, obmawianie, urojenia, halucynacje i melancholia<sup>68</sup>.

W XX wieku badacze nadal interesowali się współzależnością czynnika biologicznego i emocjonalno-behawioralnego, wnikliwie obserwując przestępcze zachowania kobiet. Do najbardziej znanych należą badania pod kierunkiem Josepha H. Mortona, przeprowadzone w USA w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych. Wynika z nich, że w czasie miesiączki lub na tydzień przed nią kobiety popełniają 79% czynów nieobliczalnych. Willard R. Cook uzyskał jeszcze bardziej spektakularne wyniki – okazało się, że 84% przebadanych kobiet

<sup>65</sup> A. MOIR, D. JESSEL: *Zbrodnia rodzi się...*, s. 46, 53.

<sup>66</sup> K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 163.

<sup>67</sup> A. MOIR, D. JESSEL: *Zbrodnia rodzi się...*, s. 53.

<sup>68</sup> Ibidem, s. 52.

dopuszczało się czynów gwałtownych<sup>69</sup>. Połowa (dokładnie 49%) spośród grupy 156 przestępczyni badanych w 1961 roku weszła w konflikt z prawem w okresie premenstrualnym, to jest w ciągu czterech dni poprzedzających miesiączkę. Z kolei analiza 50 przypadków przestępczyni osadzonych w więzieniu w Londynie za zbrodnie z użyciem przemocy, np. morderstwa, zabójstwa, ciężkie uszkodzenia ciała, podpalenie, dała bardzo podobne wyniki. Prawie połowa (44%) przestępstw popełnianych przez kobiety przypada na cztery dni poprzedzające menstruację<sup>70</sup>.

Anne Moir i David Jessel opisują przypadki kobiet, wobec których sąd, wymierzając karę, uwzględnił ich niepoczytalność wynikającą z wahań nastroju i niezdolności do zapanowania nad swoim zachowaniem. Pierwsze udokumentowane próby poszukiwania przez wymiar sprawiedliwości związków pomiędzy przestępczością kobiet a ich fizjologią pochodzą już z połowy XIX wieku. W 1845 roku niejaka Martha Brixley, oskarżona o zamordowanie dzieci swojego pracodawcy, została uniewinniona z powodu „zahamowania menstruacji”. Z tej samej przyczyny, powodującej przejściową niepoczytalność, uniewinniona została Ann Sheper, oskarżona o kradzież futrzanego boa. Na podobnej podstawie wyroku skazującego uniknęła w 1851 roku Amelia Snowsell, oskarżona o zabicie swojej siostrzenicy<sup>71</sup>.

Brytyjska lekarka Katharina Dalton zyskała światową sławę, występując na początku lat 80. XX wieku przed sądami angielskimi w sprawach dotyczących morderstw dokonanych przez kobiety. W dwóch przypadkach wskazała na PMS jako czynnik odpowiedzialny za wystąpienie w okresie przedmenstruacyjnym niekontrolowanej agresji, która popchnęła kobiety do zbrodni. Dlatego też Dalton sugerowała, by sąd zrezygnował z kary więzienia, kierując kobiety pod nadzór kuratora oraz poddając je terapii ambulatoryjnej<sup>72</sup>.

Studenci Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie podjęli w swoich badaniach próbę wykazania związku pomiędzy ZNPM a częstotliwością dopuszczania się przez kobiety czynów zabójstwa mężów/konkubentów bądź współudziału w zbrodni. Przed dokonaniem zabójstwa sprawczynie w większości pracowały zawodowo, zajmowały się domem i dziećmi. Próba badawcza liczyła 39 kobiet w wieku od 20 do 50 lat (średnia wieku wynosiła 35 lat), ofiar przemocy fizycznej i psychicznej. Do badań zakwalifikowano wyłącznie te z nich, które były w stanie precyzyjnie określić czas zbrodni (do tygodnia przed miesiączką) oraz deklarowały występowanie psychofizycznych dolegliwości przedmenstruacyjnych. W efekcie analizie poddano odpowiedzi 23 kobiet. Okazało się, że zabójstwa miały miejsce pięciokrotnie częściej (dokonało ich

<sup>69</sup> R. KIEREŚ, D. JAWORSKA, E. MAJCHER, B. ROSOWSKI, K. MROŻEWSKI: *Siedem trudnych...*, s. 29.

<sup>70</sup> A. MOIR, D. JESSEL: *Zbrodnie rodzi się...*, s. 52–53.

<sup>71</sup> Ibidem, s. 52.

<sup>72</sup> K. POSPISZYL: *Zaburzenia przedmenstruacyjne...*, s. 28.

14 kobiet) w tzw. okresie krytycznym w porównaniu z pozostałymi okresami cyklu menstruacyjnego<sup>73</sup>.

Na podstawie przytoczonych badań trudno wysunąć wniosek, że bezpośrednią przyczyną zabójstw był PMS. Dochodziło do nich bowiem podczas kolejnego epizodu przemocy. Zgodnie z przyjętą przez autorów badania interpretacją PMS zadziałał jako czynnik zwiększający prawdopodobieństwo, że jakieś niezależne przyczyny (np. przemoc ze strony męża, zazdrość itd.) doprowadzą do tragicznego finału, jakim jest zabójstwo<sup>74</sup>. Pomimo iż w naszej kulturze kobiety w porównaniu z mężczyznami wychowywane są jako bardziej bierne i opiekuńcze, jest prawdopodobne, że u łagodnej i opanowanej dotąd kobiety PMS może uruchomić prawdziwy gniew z powodu rzeczywistych problemów. Czynnikiem dodatkowo narażającym kobiety doświadczające PMS na znacznie większe cierpienie są bowiem przeżywane przez nie osobiste dramaty (np. rodzinne), co lokuje je w grupie swoistego ryzyka<sup>75</sup>.

Epizody impulsywnego wybuchu gniewu spowodowanego drażliwością i złym nastrojem jako efekt napięcia przedmiesiączkowego obniżają zdolność osądu i kontroli zachowania. Pokazuje to współlistnienie czynników natury biologicznej i psychologicznej. Zadziałanie czynnika „spustowego” w postaci epizodu agresji ze strony partnera, który w innym momencie mógłby zostać przez kobietę uznany jako mniej bolesny lub nawet przez nią zignorowany, uruchamia w momencie krytycznym reakcję o charakterze przestępczym. Znajomość mechanizmów biologicznych odpowiedzialnych za przestępcze zachowania kobiet oczywiście nie usprawiedliwia brutalnej, nie zawsze sprowokowanej agresji, jednak w znacznym stopniu ją wyjaśnia. Frederick T. Melges i David A. Hamburg zwracają uwagę, że zmiany psychiczne występujące w przedmiesiączkowej fazie cyklu mogą mieć poważne konsekwencje dla samej kobiety, a także dla całego społeczeństwa. Zdaniem autorów nie należy ich więc traktować jako nieistotnego utrapienia<sup>76</sup>.

Bez względu na to, jakie jest podłoże doświadczanych przez kobiety dolegliwości, czy mamy do czynienia z rzeczywistym i mającym podstawy kliniczne zaburzeniem, czy też rzekomym PMS, będącym wynikiem samosprawdzającego się proroctwa, należy podjąć odpowiednie działania. PMS to problem na tyle powszechny, że lekarz i psycholodzy podejmują działania mające na celu ograniczenie jego objawów, a tym samym poprawienie komfortu życia dotkniętych nimi kobiet.

<sup>73</sup> Badania zostały przeprowadzone wiosną 2000 roku w zakładach karnych w Krakowie, Lublińcu, Krzywańcu i Rzeszowie.

<sup>74</sup> R. KIEREŚ, D. JAWORSKA, E. MAJCHER, B. ROSOWSKI, K. MROŻEWSKI: *Siedem trudnych...*, s. 29.

<sup>75</sup> K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 163.

<sup>76</sup> F.T. MELGES, D.A. HAMBURG: *Psychological Effects of Hormonal Changes in Women*. W: *Human Sexuality in Four Perspectives*. Red. F.A. BEACH. Baltimore 1976. Podano za: A. MOIR, D. JESSEL: *Płć mózgu...*, s. 105.

Możliwości poszukiwania pomocy są wielorakie. Podstawą skutecznych działań na poziomie profilaktycznym i w sytuacji wystąpienia rzeczywistych problemów jest zrozumienie i zaakceptowanie doświadczenia kobiet zarówno przez nie same, jak i przez osoby z ich otoczenia. Miesiączka i wiążące się z nią dolegliwości to, pomimo zmian w mentalności społecznej i sposobie myślenia na tematy związane z prokreacją, problem nadal dla wielu kobiet wstydlivy i mało poznany. Ich wiedza na temat własnej fizjologii, zdolności samoobserwacji własnego organizmu i zachodzących w nim cyklicznie zmian, bywają stosunkowo ograniczone. Znajduje to odzwierciedlenie w niewiedzy i braku tolerancji i zrozumienia przez ich partnerów, co raczej usposabia do utrzymywania się objawów, a nawet ich eskalacji.

Pierwszym i podstawowym warunkiem przystosowania się do sytuacji jest więc poznanie własnego organizmu i zaakceptowanie zachodzących w nim zmian. Znajomość i przewidywalność stwarza tym samym podstawy kontroli i planowania własnych działań (np. uwzględnienia w swoich bieżących planach okresu gorszego samopoczucia). James C. Dobson sugeruje, że uczucia występujące w okresie przedmiesiączkowym powinny być interpretowane przez kobiety z rozumą i sceptycyzmem. Świadomość ich zmienności i tymczasowości stanowi czynnik ułatwiający poradzenie sobie z doznawaną uciążliwością<sup>77</sup>.

Wiedza i świadomość własnego ciała to podstawowy warunek uzyskania kontroli nad swoim życiem, stanem emocjonalnym i samopoczuciem fizycznym. Louann Brizendine, udzielając kobietom rad, wskazuje, że należy pamiętać, by zawsze, gdy hormony zmieniają percepcję rzeczywistości, uważnie się temu przyglądać. Dobrze jest zrozumieć biologiczne uwarunkowania przemian, które właśnie zachodzą. Można wówczas nauczyć się o tym rozmawiać, a to bywa czasem drogą do zmiany. To długi i żmudny proces, przynoszący jednak pożądane owoce<sup>78</sup>.

Drugi istotny warunek ułatwiający kobietom proces adaptacji wiąże się z budowaniem relacji z bliskimi, opartych na zaufaniu i zrozumieniu. Najbardziej znanymi i rozpowszechnionymi systemami wsparcia są przede wszystkim grupy małżeńskie i rodzinne, ważne zwłaszcza w sytuacji zmagania się przez kobiety z wydarzeniami związanymi z prokreacją, czyli ciążą, porodem, okresem menopauzy, jak i cyklem miesięczkowym.

Sam fakt istnienia społecznych związków z innymi jest korzystny dla dobrego samopoczucia jednostki. Dzięki nim uzyskuje ona poczucie, że ma „społeczne zaplecze”, do którego może (póki nie zostanie ono zweryfikowane negatywnie) zwrócić się w razie przeżywania trudności<sup>79</sup>. Obecność osób znaczących pomaga przetrwać bez zaburzeń wiele trudnych sytuacji. Osoby udzielające wsparcia

<sup>77</sup> J.C. DOBSON: *Co każda żona...*, s. 141–142.

<sup>78</sup> L. BRIZENDINE: *Mózg kobiety...*, s. 145.

<sup>79</sup> K. POPIOŁEK: *Wsparcie społeczne – zarys problematyki*. W: *Psychologia pomocy*. Red. EADEM. Katowice 1996.

pomagają jednostce w mobilizacji jej psychicznych możliwości i opanowaniu emocjonalnych trudności, a także w regeneracji sił. Chronią w ten sposób samoocenę i zapobiegają naruszaniu obrazu własnej osoby<sup>80</sup>. Najbliższą kobiecie osobą z kręgu potencjalnie udzielających wsparcia jest mężczyzna, często mąż lub partner. Jego rola w opinii Jamesa C. Dobsona jest nie do przecenienia. Zdaniem autora świadomość, że pogorszenie nastroju kobiety jest skutkiem zmian hormonalnych, a nie świadomie kierowanej agresji, poirytowania czy zniechęcenia, niewątpliwie pomaga traktować ją ze szczególną czułością, nawet jeśli ona sama przez kilka dni nie będzie zbyt miła. Pragnienie, aby czuć się kochaną, może zostać zaspokojone wyłącznie przez życzliwego i rozumiejącego problem męża, któremu zależy na tym, aby pomóc żonie w stanach powtarzającego się napięcia<sup>81</sup>.

Skutki doświadczanych przez kobiety zmian bywają znacznie mniej dotkliwe, gdy ich reakcje zostaną powiązane przyczynowo z cyklem miesięczkowym, a zaistniały problem omówiony, zrozumiany i zaakceptowany przez partnerów. Zrozumienie kobiecej natury ułatwia nie tylko mężom i partnerom, ale także ojcom i przełożonym, dostosowanie się do kobiecego świata, często niezrozumiałego dla racjonalnych, zadaniowych i twardo stąpających po ziemi mężczyzn.

Ważną osobą z kręgu wspierających powinien być także lekarz pierwszego kontaktu, którego rola w sytuacji PMS została dość wyraźnie zdefiniowana<sup>82</sup>. Jednak skuteczność podejmowanych przez lekarza działań, a często jej brak, obarczają go częściową odpowiedzialnością za przypadki podejmowania przez kobiety działań ryzykownych, zagrażających zdrowiu i bezpieczeństwu własnemu i bliskich. Katy Gardner i Diana Sanders poddając lekarzy ocenie, krytykują ich za brak inicjatywy i unikanie tego tematu podczas rutynowych badań okresowych<sup>83</sup>.

Popularne wśród kobiet i najbardziej dostępne są działania o charakterze samopomocy. W literaturze przedmiotu wymienia się m.in. prowadzenie karty cyklu miesięczkowego w celu podniesienia samoświadomości i możliwości kontroli, podejmowanie aktywności fizycznej (np. pływanie, siłownia), joga, akupunktura, homeopatia, ziołarstwo, techniki relaksacyjne, emocjonalne odreagowanie przez rozmowę, wypłakanie się, oddanie się swoim ulubionym zajęciom, hobby, zadbanie o siebie, wsłuchanie się we własne potrzeby i ich zaspokojenie, unikanie sytuacji stresowych, zmiana stylu życia, odpowiednia dieta, ograniczenie lub zaprzestanie palenia, długi i spokojny sen<sup>84</sup>. Należy wspomnieć także o znaczeniu Internetu, który umożliwia kobietom poszukiwanie informacji i dzielenie się doświadczeniami. Fora internetowe stanowią swoiste

<sup>80</sup> G. CAPLAN: *Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki*. „Nowiny Psychologiczne” 1984, 2–3.

<sup>81</sup> J.C. DOBSON: *Co każda żona...*, s. 142.

<sup>82</sup> Por. K. GARDNER, D. SANDERS: *Zespół napięcia...*, s. 164

<sup>83</sup> Ibidem, s. 165.

<sup>84</sup> Ibidem, s. 166–168.

grupy wzajemnej pomocy, pozwalające na uzyskanie szeroko pojętego wsparcia, nie tylko informacyjnego, ale także emocjonalnego i wartościującego. Anonimowość w sieci pozwala na bardziej otwarte i szczere reakcje, przełamywanie pewnego tabu związanego z podejmowaniem i realizowaniem przez kobiety funkcji prokreacyjnych, zwłaszcza gdy wiążą się one poczuciem dyskomfortu, a nierzadko nawet cierpieniem.

Jednak poszukiwanie własnych sposobów działania nie zawsze okazuje się skuteczne. Obecnie coraz liczniejsza grupa kobiet poszukuje pomocy medycznej i decyduje się na zastosowanie leczenia farmakologicznego. Jest to po części wynik rzeczywistego wzrostu występowania problemów przedmiesiączkowych, większej otwartości na problem oraz skutek większej dostępności pomocy medycznej<sup>85</sup>.

Zespół napięcia przedmiesiączkowego jest powszechnym problemem, który zasługuje na zrozumienie i właściwe postępowanie. Wiele kobiet odkrywa, że przy odpowiednim wsparciu i zachęcie mogą w ramach samopomocy wypracować korzystne dla siebie rozwiązania, a jeżeli problem nadal się utrzymuje, podjąć próby leczenia farmakologicznego.

## Bibliografia

1. BIELAWSKA-BATOROWICZ E.: *Psychologiczne aspekty prokreacji*. Katowice 2006.
2. BIERNAT T., SOBIERAJSKI S.: *Młodzież wobec małżeństwa i rodziny*. Toruń 2007.
3. BORYSENKO J.: *Księga życia kobiety*. Tłum. S. PIKIEL. Sopot 2012.
4. BRANNON L.: *Psychologia rodzaju. Kobiety i mężczyźni: podobni czy różni*. Tłum. M. KACMAJOR. Gdańsk 2002.
5. BRIZENDINE L.: *Mózg kobiety*. Tłum. P. SZWAJECER. Gdańsk 2006.
6. CAPLAN G.: *Środowiskowy system oparcia a zdrowie jednostki*. „Nowiny Psychologiczne” 1984, 2–3.
7. DOBSON J.C.: *Co każda żona chciałaby, aby jej mąż wiedział o kobiecie*. Tłum. B. KOŚMIDER. Warszawa 1992.
8. FRANKEL L.P.: *Kobieta i depresja. Jak dotrzeć do swojej wewnętrznej siły*. Tłum. M. TRZEBIATOWSKA. Gdańsk 2007.
9. FREEMAN E.W., SAMMEL M.D., RINAUDO P.J. et.al.: *Premenstrual Syndrome as a Predictor of Menopausal Symptoms*. „Obstet Gynecol” 2004, 103.
10. GARDNER K., SANDERS D.: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego*. W: *Problemy zdrowotne kobiet*. Red. A. MCPHERSON. Tłum. M. ARŁUKIEWICZ. Warszawa 1997.
11. GĘBUŚ D.: *Rodzina. Tak, ale, jaka?* Warszawa 2006.
12. HAMILTON J.A., PARRY B.L., BLUMENTHAL S.J.: *The Menstrual Cycle in Context I: Affective Syndromes Associated with Reproductive Hormonal Changes*. „Journal of Clinical Psychiatry” 1988, 49.
13. KIEREŚ R., JAWORSKA D., MAJCHER E., ROSOWSKI B., MROŻEWSKI K.: *Siedem trudnych dni*. „Charaktery” 2000, nr 12 (47).

<sup>85</sup> Ibidem, s. 164.



14. MACDONALD P.C., DOMBROSKI R.A., CASEY M.L.: *Recurrent Secretion of Progesterone in Large an Endocrine/Metabolic Disorder Unique to Young Women?* „Endocrine Rev” 1991, 12.
15. MCGRATH E., KEITA G.P., STRICKLAND B.R., RUSSO N.F.: *Women and Depression: Research Risk Factors and Treatment. Final Report of the American Psychological Association Task Force on Women and Depression.* Washington 1990.
16. MELGES F.T., HAMBURG D.A.: *Psychological Effects of Hormonal Changes in Women. W: Human Sexuality in Four Perspectives.* Red. F.A. BEACH. Baltimore 1976.
17. MIMOUN S.: *Choroba duszy czy ciała?* Tłum. M. RYCHTER. Warszawa 1994.
18. MOIR A., JESSEL D.: *Zbrodnia rodzi się w mózgu. Zagadka biologicznych uwarunkowań przestępczości.* Tłum. H. JANKOWSKA. Warszawa 1998.
19. MOIR A., JESSEL D.: *Płeć mózgu.* Tłum. N. KANCEWICZ-HOFFMAN. Warszawa 1989.
20. MURRAY K.: *PMS: Is it for Real?* „Cosmopolitan” 1995, 218.
21. OLAJOSSY M., GERHANT A.: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego i przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne – problem z pogranicza psychiatrii i ginekologii.* „Curr Probl. Psychiatri” 2011, 12 (2).
22. POPIOŁEK K.: *Wsparcie społeczne – zarys problematyki.* W: *Psychologia pomocy.* Red. EADEM. Katowice 1996.
23. POSPISZYL K.: *Zaburzenia przedmiesiączkowe, choroba faktyczna czy urojona?* „Problemy Rodziny” 1992, 31 (2).
24. RUSSO N.F., GREEN B.L.: *Kobiety a zdrowie psychiczne. W: Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice.* Red. B. WOJCISZKE. Tłum. S. PIKIEL. Gdańsk 2002.
25. SAMOCHOWIEC J., TYMICZ A., WOJCIECHOWSKI B.: *Problemy emocjonalne kobiet.* „Medycyna po Dyplomie” 2002, 11 (9).
26. SAMOCHOWIEC J., FISZER-PIOSIK E., KUCHARSKA-MAZUR J., HORODNICKI J.: *Wpływ genów na kształtowanie się cech osobowości.* „Psychiatria Polska” 2000, t. 34, nr 1.
27. SCHNURR P.P.: *Some Correlates of Prospectively Defined Premenstrual Syndrome.* „American Journal of Psychiatry” 1988, 145.
28. SIUDA I., RABE-JABŁOŃSKA J.: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego i zaburzenia dysforyczne przedmiesiączkowe – diagnostyka i leczenie.* „Psychiatria i Psychologia Kliniczna” 2007, 7 (1).
29. STEINER M., YONKERS K.: *Depresja u kobiet.* Tłum. M. BNIŃSKA. Gdańsk 1999.
30. TKACZUK-WŁACH J., SOBSTYL M., SYTY K., ŁEPECKA-KŁUSEK C., JAKIEL G.: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego.* „Przegląd Menopauzalny” 2009, 6.
31. WCIÓRKA J. (red.): *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR.* Wrocław 2008.
32. WILAMOWSKA A.: *Zespół napięcia przedmiesiączkowego – większe ryzyko objawów menopauzalnych.* „Przegląd Menopauzalny” 2006, 2.
33. WOJCISZKE B.: *Kobieta zmienną jest.* Gdańsk 2009.